Ist bei Perityphlitis die Abtragung des processus vermiformis nöthig oder nicht?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

im Februar 1894

vorgelegt

von

Heinrich Walte,

cand. med.

aus Stadthagen (Schaumburg-Lippe).

ERLANGEN.

K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).

1895.

Ist bei Perityphlitis die Abtragung des processus vermiformis nöthig oder nicht?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen

im Februar 1894

vorgelegt

von

Heinrich Walte,

cand. med.

aus Stadthagen (Schaumburg-Lippe).

ERLANGEN.

K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).

1895.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät.
Referent: Professor Dr. von Heineke.

Dem Andenken seines Vaters!

Seiner hochverehrten Mutter in kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0278

Mit ganz besonderem Interesse habe ich während meiner Studienzeit die mir unter dem Namen einer „Perityphlitis“ vorgestellten Krankheitsfälle verfolgt, sowohl deshalb, weil die Entzündungen des coecums und seines Anhangs, des processus vermiformis den practischen Arzt von allen Darmentzündungen mit am meisten interessiren, als auch besonders, weil der processus vermiformis, dieses physiologisch so bedeutungslose aber pathologisch so bedeutungsvolle Gebilde, mir selbst schon einmal sehr gefährlich geworden ist und mich fast bis an den Rand des Grabes gebracht hat. Ich gebe meine Krankengeschichte, so gut mir dieselbe erinnerlich ist, hier wieder: Es war in meinem 15. Lebensjahre, am Sonnabend nach Ostern 1881, als ich plötzlich Morgens gegen 9 Uhr ausserordentlich heftige, kolikartige Schmerzen in der ileo-coecal-Gegend verspürte; da gar keine Vorboten einer ernsteren Krankheit vorausgegangen waren, so wurden diese Schmerzen gedeutet als Leibschmerzen, wie sie zuweilen nach einem Diätfehler einzutreten pflegen, eine Deutung, welche um so einleuchtender war, als ich unmittelbar vorher gefrühstückt und mir dabei den Magen jedenfalls sehr überladen hatte. Ich hoffte, dass die Schmerzen bald nachlassen würden und in der That nahmen dieselben bald an Heftigkeit ab, sie wurden wenigstens erträglich; aber alle stärkeren Bewegungen waren mir unmöglich, ebenso schnelles Gehen und es stellte sich allmählich eine grosse Mattigkeit ein. Die Sache war mir und meinen Angehörigen noch besonders des-

halb unangenehm, weil ich am folgenden Tage (Sonntag) confirmirt werden sollte. Am andern Morgen war mein Zustand ein wenig veränderter; ich konnte gehen, aber nur langsam und mit Mühe; so begab ich mich denn zur Kirche und konnte glücklicherweise noch eben confirmirt werden, denn kaum hatte ich die Kirche verlassen als sich Erbrechen einstellte. Zu Hause angelangt, nahm ich einige Esslöffel Bouillon zu mir, welche der Magen jedoch sofort wieder herausgab. Mein Zustand verschlimmerte sich jetzt plötzlich so bedenklich, dass der herbeigerufene Arzt mich sofort ins Bett bringen liess und eine Blinddarmentzündung konstatirte. —

Ich machte dann ein schweres Krankenlager durch; es stellte sich eine Schwellung in der ileo-coecal-Gegend ein, welche äusserst druckempfindlich war; ich fürchtete die geringste Bewegung. Dieser Zustand dauerte wochenlang; was die Therapie anbetrifft, so erinnere ich mich noch, dass ich sehr viel mit Klystieren behandelt, sehr warm gehalten wurde und lange Zeit hindurch eine sehr strenge Diät innehalten musste. Ob sich die endlich eintretende Besserung ganz plötzlich oder mehr allmählich einstellte, weiss ich nicht mehr genau; ich glaube aber, dass sich ein Abscess gebildet hatte, welcher nach dem Darm hin durchgebrochen ist, denn dieser Ausgang ist ja häufiger als man denkt, weil der mit dem Koth abgehende Eiter sehr oft gar nicht bemerkt wird. Ich war dann mehrere Monate Reconvaleszent und hatte in der ersten Zeit von der nachgebliebenen Resistenz noch recht viel Beschwerden. Selbst jetzt bin ich noch nicht frei von Beschwerden, ich habe oft das Gefühl, als ob die betreffende Darmstelle nicht so gut für den Inhalt passirbar sei, wie sie sein sollte, als ob sich zuweilen Gase vor dieser Stelle ansammeln, welche oft eine deutlich fühlbare Hervortreibung in der ileo-coecal-Gegend bewirken. —

Ich bin nicht operirt worden und es ist bis jetzt kein Recidiv eingetreten, aber ich bilde mir keineswegs ein, dass ich schon vollständig gegen ein Recidiv gesichert bin, denn man hat solche noch nach 15 bis 20 Jahren eintreten sehen. Der processus vermiformis, welchen ich mit mir herumtrage und welcher sich ganz gewiss in einem pathologisch sehr veränderten Zustande befindet, kann mir also noch immer gefährlich werden, aber selbst angenommen, der Prozess wäre auch ohne operativen Eingriff völlig abgelaufen: Wie bin ich gepflegt worden, mit welch' peinlicher Genauigkeit und Sorgfalt wurden die ärztlichen Anordnungen befolgt und eine wie lange Reconvaleszens habe ich durgemacht! — Wie viele Menschen gibt es aber, welche eine derartige Pflege nicht geniessen, welche sich nicht monatelang nach überstandenem Krankenlager schonen können, und — vor allen Dingen — konnte der Abscess — wenn ein solcher vorhanden war — nicht eben so gut nach der freien Bauchhöhle wie nach dem Darme durchbrechen und so binnen kürzester Zeit den exitus letalis herbeiführen? — Alle diese Ueberlegungen weisen auf den Vorzug der operativen Therapie hin. —

Was die Aetiologie dieses Falles anbetrifft, so möchte ich noch folgendes hinzufügen: Ich war kurze Zeit vorher von einem Jugendfreunde zu einer kleinen Festlichkeit geladen worden. Abends bei der Heimkehr war ich nicht mehr ganz nüchtern, kam auf der Landstrasse zu Falle und schlug mit dem Gesicht derartig in den auf dem Wege reichlich vorhandenen, dicken Staub hinein, dass mir thatsächlich die ganze Mundhöhle von Staub vollgepfropft war und ich die Zähne nicht zusammenbeissen konnte. Ich habe jedenfalls viel von dem Staube geschluckt und glaube sicher, dass sich derselbe innerhalb des Magens und Darmrohres zusammengeballt hat und dass einer dieser Staubballen in den processus

vermiformis gelangt ist und hier ein Decubitus-Geschwür hervorgerufen hat. —

Dass gerade der processus vermiformis die Ursache so vieler Erkrankungen ist, liegt besonders an der eigenthümlichen, anatomischen Anordnung und Beschaffenheit dieses Darmstückes, welche es bedingt, dass in den Fortsatz hineingelangte Kothmasssen oder Fremdkörper durch die Gerlach'sche Klappe an ihrem Rücktritt in den Darm gehindert werden; sie bleiben also im processus vermiformis liegen, die Flüssigkeit aus ihnen wird resorbirt, sie incrustiren sich mit Kalksalzen und erzeugen ein Decubitusgeschwür. Früher hat man allgemein angenommen, dass gewöhnlich Fremdkörper, wie z. B. Kirschkerne, Borsten in dem Wurmfortsatze die Geschwürsbildung hervorriefen; das ist aber nicht der Fall, gewöhnlich sind es Kothsteine und nur in seltenen Fällen geben Fremdkörper Veranlassung zu dem Leiden.

Das von den Kothsteinen oder Fremdkörpern verursachte Decubitus-Geschwür durchdringt allmählich die Wandung der processus vermiformis und kann auf diese Weise in die freie Bauchhöhle perforiren. Es entsteht dann eine allgemeine Perforations-Peritonitis, welche in den meisten Fällen einen letalen Ausgang nimmt. Glücklicherweise kommt es aber nur in sehr seltenen Fällen zu einem Erguss des Darminhaltes in die freie Bauchhöhle; gewöhnlich nämlich geht der Prozess in folgender Weise vor sich: Wenn der Geschwürsprozess bis an die serosa vorgedrungen ist, so geräth dieselbe in Entzündung und es bildet sich ein Exsudat, durch welches die benachbarten Darmschlingen fest mit einander verklebt werden, so dass es auf diese Weise zu einem Abschluss gegen die Bauchhöhle hin kommt. Tritt jetzt die Perforation ein, so ergiesst sich der Darminhalt in die von den verklebten Darmschlingen vorgebildete Höhle, erregt hier eine Entzündung, welche zur Eiteransammlung

führt: es entsteht eine locale Peritonitis, der eigentliche, perityphlitische Abscess.

Die Perityphlitis tritt uns aber noch in einer anderen Form entgegen, in der chronisch recidivirenden Form. Sehr viele Fälle von Perityphlitiden werden ja noch immer von Internisten behandelt und können auch durch die interne Behandlung temporär gebessert werden; temporär sage ich, denn es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass in den meisten so behandelten Fällen Recidive auftreten, was durch die Erfahrung bestätigt wird. Kümmell sagt, dass er unter seinen Patienten kaum einen fand, bei dem nicht vor Wochen, Monaten oder Jahren eine Blinddarmentzündung vorausgegangen war[1]). Es ist ja möglich, dass der Abscess, falls er nicht zu gross ist, unter interner Behandlung schwindet oder dass er in den Darm durchbricht, aber damit ist noch keine endgültige Heilung eingetreten, denn die gewöhnlich nur leicht, durch Bindegewebe verlötheten Perforationsstellen im processus vermiformis können bei der geringsten körperlichen Anstrengung, dem kleinsten Diätfehler von neuem durchbrechen und das Recidiv ist da.

Oft handelt es sich gar nicht um eine Perforation und Exsudatbildung, sondern nur um eine durch einen Kothbröckel, eine einfache, katarrhalische Schwellung herbeigeführte Verstopfung des processus vermiformis und um eine dadurch bedingte Sekretretention in denselben. Gewöhnlich wird dann aber bald der Weg wieder frei und das Sekret kann nach dem Darm abfliessen; damit ist dann der Anfall, welcher sich durch heftige Schmerzanfälle auszeichnet, vorüber, es treten aber

1) Zur Radicalbehandlung der Perytiphlitis durch frühzeitige Resection des proc. vermiform. Von Dr. H. Kümmell. Arch. f. klin. Chirurgie 1890.

ausserordentlich leicht Recidive ein und die mit dieser Art Perityphlitis behafteten Menschen sind sehr bedauernswert.

Ich werde nun im folgenden die drei Hauptformen der Perityphlitis: die acuten Perforationen des processus vermiformis in die freie Bauchhöhle, die chronisch recidivirende Form und den perityphlitischen Abscess gesondert besprechen. Was die erstgenannte, schwerste und gefährlichste Form anbetrifft, so ist die traurige Prognose derselben allgemein bekannt. Die Mehrzahl dieser Fälle endet letal, doch sind auch Fälle bekannt, wo ein rechtzeitiges, operatives Eingreifen Heilung gebracht hat. Kümmell drückt seine Ansicht über die Behandlung dieser Form folgendermassen aus: „Bei der acuten Perforation des processus vermiformis, bei welcher uns meistens die bekannten Symptome einer allgemeinen Perforationsperitonitis entgegen treten, werden wir, wenn uns bestimmte Anhaltspunkte auf den Sitz der Erkrankung in der Gegend des coecum hinweisen, oberhalb des rechten ligamentum Poupartii, beim Fehlen derselben in der Mittellinie die Laparotomie ausführen und durch Entfernung des perforirten processus vermiformis den weiteren Austritt von Darminhalt verhindern“ [1]). „Schüller laparatomirte bei beginnender Peritonitis in Folge Perforation des Wurmfortsatzes, exstirpirte letzteren und rettete den Kranken“ [2]). Gaston, Brenner, Weir schliessen sich in der Behandlung derartiger Fälle den Ansichten Kümmell's an. —

In der deutschen med. Wochenschrift Nr. 23. 1892 wird über drei von Dr. Schede behandelte Fälle be-

---

1) Zur Radicalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des proc. vermiform. Von Dr. H. Kümmell. Arch. f. klin. Chirurgie 1890.

2) Medicinischer Jahresbericht 1889.

richtet, in denen er die Laparotomie machte und den Wurmfortsatz resecirte. Zwei der Fälle verliefen letal; jedoch ist nicht zu verkennen, dass in dem einen dieser Fälle noch Rettung möglich gewesen wäre, wenn der Patient früher zur Operation gekommen wäre. Der Fall ist folgender:

Heinrich Voges, 41 Jahre, aufgenommen am 30. März 1892, gestorben am 31. März 1892. Patient, ein kräftig gebauter Mann, Kohlenhändler, verspürte seit längerer Zeit Schmerzen in der Ileocöcalgegend, ohne besonders darauf zu achten. Vor 8 Tagen fiel er, einen Sack mit Kohlen tragend, wonach die Schmerzen sehr heftig wurden. Zwei Tage später, an einem Sonnabend, trat Erbrechen mit Durchfall auf. Montag versucht er wieder zu arbeiten, musste aber der Schmerzen wegen schnell wieder aufhören. Stuhlgang erfolgte seither nicht, das Erbrechen dauerte fort. Bei der Aufnahme fäkulentes Erbrechen, starker Meteorismus, allgemeine Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, aber immer noch ausgesprochenster Druckschmerz in der Cöcalgegend. Puls klein, 120, Temperatur 37,0. Sofortige Operation. Schrägschnitt über die Cöcalgegend. Die zu Tage tretenden Darmschlingen mit dicken, geronnenen, peritonitischen Exsudatmassen belegt, im kleinen Becken grosse Massen flüssigen, eiterähnlichen Exsudates. Der processus vermiformis fast in ganzer Ausdehnung brandig und selbstverständlich perforirt. Er wird an seiner Basis abgetragen und die Cöcalwunde vernäht. Nach Lage der Dinge war der Fall hoffnungslos, da bereits eine allgemeine Peritonitis voll entwickelt war. Gleichwohl wird wenigstens ein Versuch gemacht, die Bauchhöhle mit warmer Salicyllösung auszuwaschen und zu desinficiren. Da die Reposition des Darmes Schwierigkeiten machte, wird eine Dünndarmschlinge angeschnitten, dünner Koth und Gas in grossen Mengen entleert, die Darmwunde geschlossen

und darauf die Reposition leicht bewerkstelligt. Nach vorübergehend recht gutem Befinden am Abend des Operationstages trat dann wieder Verschlimmerung aller Symptome und nach 24 Stunden der Tod ein. Die Section ergab nichts weiter als was bei der Operation schon bekannt geworden war.“ —

Die Ansichten der Autoren über die Exstirpation des Wurmfortsatzes bei chronisch, recidivirender Perityphlitis sind folgende:

„Körte hat zweimal mit günstigem Erfolge die Exstirpation des processus vermiformis wegen chronisch recidivirender Entzündung vorgenommen und hält diese Operation für eine entschieden segensreiche, da die Kranken durch die häufig wiederkehrenden Entzündungen in hohem Grade in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und grossen Gefahren ausgesetzt werden. Die Operation wird am besten während eines freien Intervalls vorgenommen, so dass man keine ganz frischen und sehr blutreichen Adhäsionen findet.“ (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891.)

„Iversen theilt 2 Fälle von recidivirender Perityphlitis (45jähriger College und 36jährige Magd mit, in denen er mit günstigem Erfolge die amputatio appendicis vermicularis vorgenommen hat. Bemerkenswert ist, dass bei beiden Patienten, die wiederholt sehr schwere Symptome von Perityphlitis gehabt hatten, keine Zeichen von vorausgegangener Perforation vorhanden waren; es fanden sich nur die Produkte einer chronischen Entzündung.“ (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891).

Nach Treves „kann man bei häufig wiederkehrender Typhlitis den processus vermiformis während eines Intervalls, wenn alle entzündlichen Symptome verschwunden sind, reseciren.“ (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891.)

In der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins demonstrirte Sonnenburg einen strangartigen Wurmfortsatz von ungewöhnlicher Länge. „Der Fall betraf einen Studenten der Medizin, der seit längerer Zeit an oft wiederkehrenden, schmerzhaften Anschwellungen in der Ileocöcalgegend litt, die mit einer Perityphlitis Ähnlichkeit hatten, nur waren dabei nie sehr stürmische Erscheinungen oder Fieber aufgetreten. Auch in der zwischen den Anfällen liegenden Zeit blieb immer ein dumpfes Schmerzgefühl zurück. Bei der Operation, die auf Wunsch des Patienten ausgeführt wurde, fand sich besagter, ungewöhnlich langer Wurmfortsatz, der, strangartig mehrfach mit der Umgebung verwachsen einen Teil des cöcums einschnürte. Er wurde losgelöst und an seiner Basis abgetrennt. Der Patient ist vollständig geheilt und jetzt frei von allen Beschwerden. Von J. W. Elliot ist folgender Fall bekannt, betreffend „eine 25jährige Frau, die Zeit ihres Lebens an Stuhlbeschwerden gelitten hatte. Vor 2 Jahren schwerste typhlitische Symptome, seitdem alle 4—6 Wochen schwere Anfälle. Bei der Operation fand sich der Wurmfortsatz in der Ileo-cöcal-Grube fest in Verwachsungen eingebettet. Sehr schwere Loslösung derselben, Ligatur, Excision. Heilung. Seither sind 7 Monate verflossen, Patientin hat nie wieder Beschwerden gehabt. Grosse Gewichtzunahme. (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891.)

„Treves und Senn empfehlen warm die Exstirpation des Wurmfortsatzes bei der repetirenden Perityphlitis. Sie wird hervorgerufen durch einen Katarrh des Wurmfortsatzes, wie 2 von Senn operirte Fälle darthun oder es bestehen Adhäsionen und Knickungen des appendix und Flüssigkeitsansammlung, wie in einem von Treves mit Glück operirten Falle.“ (Medizinischer Jahresbericht. 1889.)

Ich gehe jetzt über zur Besprechung des eigentlichen, perityphlitischen Abscesses; „die prägnantesten Symptome der zunächst meist circumscripten Perforationsperitonitis sind der plötzlich auftretende Schmerz im Bauch, entweder mitten in voller Gesundheit oder nach kurzem Unwohlsein. Der Schmerz anfänglich kolikartig in der Nabelgegend oder im rechten Hypogastrium und von da ab in das Abdomen ausstrahlend, concentrirt sich in kurzer Zeit in der rechten Seite in der Ileocöcalgegend. Zu gleicher Zeit stellt sich Fieber ein, oft mit einleitendem Schüttelfrost, Erbrechen ist häufig, Diarrhöen, in anderen Fällen Obstipation gehören zu den Symptomen der ersten Tage. Die weiteren Symptome werden durch die in der Umgegend des Wurmfortsatzes entstehende Entzündung bedingt. Druckempfindlichkeit in der Ileocöcalgegend, ein durch Percussion und Palpation nachweisbares Exsudat, resp. nachweisbare Resistenz in dieser Gegend. Dabei entweder nur geringer Meteorismus oder gleich von Anfang an starkes Aufgetriebensein des Leibes. Das allgemeine Aussehen des Patienten ist das eines Schwerkranken. Das Fieber ist ein atypisches, starke Steigerungen kündigen stets locale Verschlimmerungen an. Der Eintritt der allgemeinen Peritonitis infolge Durchbruchs des abgekapselten Exsudats in die Bauchhöhle kündigt sich entweder mit erhöhter und allgemeiner Schmerzhaftigkeit, stärkerem Meteorismus, Steigerung des Fiebers oder mit gleich eintretendem Collaps ohne bedeutende Schmerzhaftigkeit, Delirien und rasch eintretendem Tode an.“ [1])

Dass wir den perityphlitischen Abscess öffnen müssen, und zwar möglichst frühzeitig öffnen müssen, darüber sind

---

1) Sonnenburg: neuere Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung der Perityphlitis. Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 3. 1893.

sich ja die meisten Chirurgen einig. Wenn es dennoch einer Mahnung dazu bedarf, so mögen hier folgende 2 Fälle als ernste Mahnung zur möglichst frühzeitigen Eröffnung der Abscesse angeführt sein. Den einen der Fälle hat Sonnenburg in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins zur Sprache gebracht. Er sagt: „Patient kam am 29. April, 6 Tage nach Beginn der Erkrankung, die unter den typischen Erscheinungen der acuten Perityphlitis begonnen hatte, unter heftigen, peritonitischen Erscheinungen in das Krankenhaus und wurde auf die innere Abtheilung aufgenommen. Es wurde dort die Diagnose auf Perforationsperitonitis gestellt, der Patient mit Opium behandelt. Am 30. April, einen Tag später, wurde der Magen ausgespült. Der Zustand verschlechterte sich fortwährend. Am Sonntag, den 1. Mai, also 3 Tage nach Beginn der Krankheit, sah ich den Kranken zum ersten Mal. Der Collaps war ein sehr hochgradiger. Trotzdem der Fall sehr verzweifelt erschien, glaubte ich doch, die Laparotomie noch als letztes Rettungsmittel wagen zu dürfen. Eine bestimmte Diagnose zu stellen war jetzt bei dem hochgradigen, allgemeinen Meteorismus nicht mehr möglich. Man konnte ohne weiteres allerdings annehmen, dass hier eine Perforation stattgefunden hatte; es blieb nur zweifelhaft, ob dieselbe vom Magen, vom Darm, oder vom processus vermiformis ausgegangen war. Da aber Patient, bisher stets gesund, plötzlich unter stürmischen Erscheinungen bei der Arbeit erkrankte, und erst nach sechs Tagen die Erscheinungen der allgemeinen Peritonitis auftraten, so war von vornherein an die Möglichkeit des Durchbruchs eines perityphlitischen Abscesses zu denken. Ich habe deswegen gleich die Operation danach eingerichtet. Die Därme waren kolossal aufgetrieben, von einem localen Meteorismus keine Rede. Nur war die Lage und der Verlauf einer quer vor dem Magen liegenden, ungemein aufge-

triebenen Dünndarmschlinge bemerkenswerth, da dieselbe vor Eröffnung des Bauches als das Colon transversum angesehen wurde. Ich musste den grössten Theil der Därme auspacken, trotzdem sie sehr durch Gas aufgetrieben waren, und da, wie gesagt, ich gleich vermutete, dass wir es wohl mit einer Peritonitis durch Perforation des processus vermiformis zu thun hatten, so ging ich sofort nach der rechten Seite hin. Nun quoll plötzlich nach Freilegung des kleinen Beckens ein dicker, schmieriger, übelriechender Eiter hervor, und allmählich, indem ich immer mehr Därme auspackte, die unterdessen in heisse Tücher eingewickelt wurden, gelangte ich auch in die Ileo-Cöcalgegend und fand den processus vermiformis, der in einer grossen Menge von Eiter sich befand und vollständig nekrotisch war. Er hatte eine bedeutende Länge (10 cm.)".

Weiter berichtet Sonnenburg:

„Ich habe den processus vermiformis abgebunden und ihn vollständig entfernt, dann habe ich mit Tupfern die ganze Bauchhöhle sorgfältig gereinigt, die Därme reponirt, aber die hochgradige Sepsis konnte durch den Eingriff nicht beseitigt werden. Der Patient starb bald nach dem operativen Eingriff." — Sonnenburg demonstrirte dann an einem Präparat, dass ein wohl abgekapselter Abscess um den Wurmfortsatz bestanden hat. Dieser ist in die Bauchhöhle perforirt, sodass die allgemeine Peritonitis nicht direkt durch Perforation des processus vermiformis entstanden ist. Dieses Vorkommen ist nach meinen Erfahrungen das ungleich häufigere und eine Mahnung für uns, die vorhandenen perityphlitischen Abscesse frühzeitig zu eröffnen."

Über einen zweiten, ähnlichen von Dr. Zeller operirten Fall, sagt er folgendes: „Auch hier handelte es sich um eine diffuse Peritonitis ohne Adhäsionen, welche bei einem kräftigen, früher stets gesunden Schutzmanne

von einem perforirten, perityphlitischen Abscess den Ausgang genommen hatte. Dr. Zeller stellte bei dem Patienten, welcher die Erscheinungen eines acuten Darmverschlusses dargeboten hatte und von der inneren Abtheilung verlegt wurde, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Perforationsperitonitis, die wohl vom Wurmfortsatz ausgegangen wäre. Bei der Laparotomie musste er sich auf die Reinigung der Peritonealhöhle beschränken. Die Section zeigte wie im obigen Falle den Durchbruch eines abgekapselten Abscesses in die Bauchhöhle. Der Wurmfortsatz war mehrfach perforirt“ [1]).

Nach der Eröffnung des perityphlitischen Abscesses und nach dem Ablassen des Eiters entsteht nun aber die weitere Frage: Sollen wir uns damit begnügen oder sollen wir den processus vermiformis aufsuchen und abtragen? —

Kümmell steht in dieser Frage auf folgendem Standpunkte: „Vielfach wird ja durch die Entleerung und Ausheilung der Abscesshöhle um den perforirten Wurmfortsatz eine so feste und derbe Narbenbildung eintreten, dass die Perforationsöffnungen fest verschlossen bleiben und der Austritt von Darminhalt dauernd vermieden wird, die Entfernung des erkrankten processus vermiformis also nicht nötig wäre. Für alle Fälle ist die Annahme eines definitiven Vernarbungsprozesses und ein dadurch bedingtes Ausbleiben von Recidiven nicht zutreffend; ich habe wenigstens Gelegenheit gehabt, in einem Falle nach breiter Eröffnung des perityphlitischen Abscesses und Entleerung des Kothsteines ein zweimaliges Recidiv zu beobachten; auch von anderen Seiten sind derartige Beobachtungen gemacht. Nach ausgiebiger Spaltung des Abscesses oder nach zweizeitiger Eröffnung des perityphlitischen Eiterheerdes wird es öfter

1) Deutsche med Wochenschrift Nr. 8. 1893.

gelingen, den erkrankten, durch geschwürige Prozesse perforirten, oder mit Kothsteinen gefüllten, oder gangränösen processus vermiformis, welcher in die Abscesshöhle hineinragt, aufzufinden und zu entfernen. In den Fällen, in welchen der processus vermiformis durch feste Schwarten und derbes Gewebe verdeckt wird und nicht aufzufinden ist, wird man von jedem weiteren Suchen und schwieriger Lösung von Verwachsungen Abstand nehmen und auf die Resection verzichten Unter diesen Verhältnissen ist meist der Prozess als abgelaufen und der Wurmfortsatz als fest geschlossen anzusehen, sodass ein Recidiv weniger zu fürchten ist. Der Act der Entfernung des Wurmfortsatzes ist meist ein so wenig eingreifender und als solcher ungefährlicher, der die vorangegangene Operation der Eröffnung der Abscesshöhle so wenig complizirt, dass ich ihn, wo es möglich ist, stets für geboten halte, um durch endgültige Beseitigung der Ursache mit Sicherheit eine radikale Heilung der Perityphlitis zu erzielen. Vor allem wird die Gefahr einer Kothfistel, die bei ausgedehnterer Zerstörung des Wurmfortsatzes nach Durchtritt eines grösseren Kothsteines oder anderer Fremdkörper lange Zeit zurückbleiben kann, vermieden. Gerade die im Anschluss an Perityphlitis entstandenen Kothfisteln sind, wie ich mich an 3 Fällen überzeugen konnte, auf operativem Wege ungemein schwer zur Heilung zu bringen, da es oft nur mit grosser Gefahr und durch einen schweren Eingriff gelingt, die von festem Narbengewebe umgebene und tief im Becken gelegene Öffnung des Darmes zugänglich zu machen und zu verschliessen. Spontanheilungen der Fistel pflegen auch sicher nur sehr langsam nach Wochen und Monaten einzutreten.“ [1])

1) Zur Radikalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des processus vermiformis von Dr. Hermann Kümmell. Archiv für klinische Chirurgie. 1890.

Morton hat in sieben Fällen den processus vermiformis, welcher in den Abscess hineinragte, abgetragen und dadurch ein erfolgreiches Resultat erzielt.

Mikulicz und Dixon haben dieselbe Operation mit Erfolg in je einem Falle ausgeführt.

Weir, Robert, F. machte eine „Laparotomy for perforation of the appendix vermif. fifteen hours after the onset of the acute symptoms: recovery. New-York Rec. April 27. 1889. (Schnitt in der linea semilunaris. Nach Eröffnung des Peritoneum kommt man auf Verklebungen und dahinter auf einen Abscess, in welchem der perforirte und aufgerollte Wurmfortsatz liegt. Derselbe wird abgebunden und entfernt. Kein Kothstein. Drainage.)“ [1]).

Sonnenburg gibt in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins, Sitzung am 14. März 1892, seiner Ansicht, betreffend die Behandlung des perityphlitischen Abscesses, in folgender Weise Ausdruck:

„Was die Operation selber anbetrifft, so habe ich bekanntlich früher empfohlen, um möglichst schonend und gefahrlos das operative Verfahren anzugeben, nach Freilegung des Exsudates mit dem Paquelin die Eröffnung desselben vorzunehmen und die Eiterentleerung durch die kleine Oeffnung, die nur wenig dilatirt wurde, erfolgen zu lassen. Die Höhle wurde dann mittels schmaler Jodoformgazestreifen tamponirt, der Tampon im Anfange zweimal täglich gewechselt. Ich habe dieses Verfahren seitdem verlassen, denn ich habe die Erfahrung gemacht, dass wir bei dieser Methode eine langwierige, mitunter sogar nur unvollständige Heilung erzielen. Denn die definitive Heilung der Perityphlitis erfolgt erst durch vollständige Beseitigung der pathologischen Verhältnisse des processus vermiformis selber.

1) Medicinischer Jahresbericht 1889.

So lange nekrotische Theile desselben in der Wundhöhle verbleiben, heilt dieselbe nicht aus, ebensowenig wenn die infolge der Perforation zurückgebliebene Oeffnung mit dem Darmlumen communicirt. Auch das Zurückbleiben von Kothsteinen in denselben wird zwar den zeitweisen Verschluss der Wunde nicht hindern, aber die Narbe wird immer von neuem aufbrechen und es werden Recidive der Entzündung zu gleicher Zeit mit spontaner Ausstossung eines Kothsteines erfolgen. In anderen Fällen wird man sogar genöthigt sein, die ganze Narbe wieder aufzuschneiden, die Höhle abzutasten und die Reste des Wurmfortsatzes nachträglich zu entfernen. Diese bei unsern Patienten gemachten Erfahrungen haben mich daher in den letzten Jahren veranlasst, die perityphlitischen Abscesse breit zu öffnen und den processus vermiformis unter allen Umständen aufzusuchen und freizulegen. Dazu gehört allerdings Uebung und Erfahrung. Aber in den allermeisten Fällen gelingt es auch, am leichtesten in ganz frischen Fällen, manchmal allerdings erst, besonders in nicht mehr ganz frischen Fällen, nach vorsichtiger Lösung zahlreicher Adhäsionen. Ist der processus vermiformis auf solche Weise entdeckt und freigelegt, so ist in jedem einzelnen Falle genau zu überlegen, wie man nun am zweckmässigsten mit demselben verfährt. Am rationellsten ist unzweifelhaft die Entfernung desselben und zwar möglichst nahe an seinem Abgange mit nachfolgender exacter Vernähung des Stumpfes. Dann kann man die schnellste und sicherste Verheilung der Wunde und der Abscesshöhle erwarten. In wenigen Wochen (14 Tagen) kann der betreffende Patient vollständig gesund sein, während sonst die Heilung 5—7 Wochen in Anspruch nimmt. Aber diese günstigsten Fälle sind leider die selteneren. Selbst wenn man sehr frühzeitig operiren kann (wie beispielsweise am zweiten Tage der Erkrankung), so kann man

den processus vermiformis bereits so verwachsen und mit der Umgebung verlöthet finden, dass die Entfernung desselben nicht mehr möglich ist. Es gehen bekanntlich der Perforation chronische Entzündungsprozesse des Wurmfortsatzes voraus, welche klinisch nur wenige und geringfügige Symptome machen, aber gewöhnlich bereits die später vorgefundenen, festen Verwachsungen anbahnen. Gelingt es nicht den Wurmfortsatz in toto zu entfernen, denselben zu reseciren, so kann man oft wenigstens Theile desselben entfernen oder aber man überlässt der Natur die schliessliche Abstossung. Diese erfolgt in den allerhäufigsten Fällen, manchmal sogar in der ganzen Ausdehnung des erkrankten Anhangs, das ist aber nur möglich, wenn in der That die Abscesshöhle breit eröffnet worden ist. — Ist demnach das Aufsuchen resp. die Entfernung des Wurmfortsatzes die erste Bedingung für eine erfolgreiche Behandlung der Perityphlitis, so ist weiter dafür Sorge zu tragen, dass auch etwa vorhandene Ausbuchtungen der Abscesshöhle, sowie Eitersenkungen rechtzeitig erkannt und bei der Operation gleich freigelegt werden.“ —

Körte sagt: „Ich habe einige dreissig Fälle von abgesackten, perityphlitischen Heerden operirt. Dabei habe ich mich jedesmal bemüht, den processus vermiformis zu Gesicht zu bekommen. Der Schnitt ist in der Regel parallel dem Poupart'schen Bande oder am Darmbeinkamm entlang je nach der Lage des Abscesses geführt worden. Ich habe nicht nur feine Oeffnungen mit dem Thermocauter gemacht, sondern habe stets stumpf so weit geöffnet, wie Adhäsionen es zuliessen. Mir ist es leider nicht gelungen, den processus vermiformis zu Gesicht zu bekommen, obwohl ich nach Entleerung des Eiters stets versuchte, durch Haken die Wunde auseinander zu ziehen und den Wurmfortsatz zugänglich zu machen. Das mag an den Fällen liegen. Es quellen einem da

die verklebten Darmschlingen vor, so dass in der tiefen, fetzigen Wunde der processus vermiformis nicht freizulegen ist. In einem Falle habe ich den brandigen Wurmfortsatz sich herausstossen sehen, während ich untersuchte, aber es ist mir niemals gelungen, den processus vermiformis so freizulegen; wie ich es gern gethan hätte. Wenn ich ihn hätte freilegen können, hätte ich ihn fortgenommen, weil ich glaube, dass das die Heilung beschleunigen würde“ [1]).

v. Bardeleben berichtet in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins: „Die Mehrzahl der Fälle, die ich operirt habe, haben Eiter geliefert, aber ich habe bis jetzt noch keinen Fall gefunden, wo ich, trotz meines Interesses für die Lage des processus vermiformis, diesem hätte beikommen können. Allerdings, wenn ich den Eiter entleert hatte und mit dem Finger nun in die Wunde von aussen hineingehen und mit der andern Hand von den Bauchdecken aus dagegen drücken konnte und konnte nun nichts mehr fühlen, was mir Widerstand leistete (natürlich in der Chloroformbetäubung), dann habe ich auch nicht weiter gesucht, dann habe ich das Bauchfell nicht geöffnet, um den Wurmfortsatz zu suchen. Darin glaube ich, werden die Meinungen wohl am weitesten auseinander gehen, ob man in einem Falle, in dem man Eiter entleert hat, auch dann noch das Bauchfell aufmachen und nach dem processus vermiformis suchen will. Ich glaube, wenn wir ihn dann nicht sofort finden, so ist das Herausholen doch wohl nicht leicht. Von einer kleinen Oeffnung aus kann es sicherlich nicht geschehen. Wenn wir ihn dann abtrennen, so müssen wir auch sicher dafür sorgen, dass nachher keine Fistel bleibt, durch welche Darminhalt herauslaufen

1) Deutsche med. Wochenschrift Nr. 5. 1893. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

könnte in das cavum peritoneale. Wenn ich in dieser Beziehung vorsichtiger bin als der Herr Vorsitzende (Sonnenburg ist gemeint. Verfasser.), so mag das vielleicht davon herkommen, dass ich nicht mit so jugendfrischem Muthe an die Sache gehe. Aber es muss doch jeder nach seiner eigenen Ueberzeugung handeln, und ich glaube, es wird gut sein, wenn wir für die jüngeren Collegen noch nicht so ganz bestimmt ausrufen: Es muss jedesmal nach dem processus vermiformis gesucht werden.“ [1]). —

Nach Dr. R. Krecke „erfordern die sicher nachgewiesenen perityphlitischen Abscesse jedenfalls eine möglichst frühzeitige Operation. Nach jeder Typhlitis bleibt ein pathologischer Zustand zurück, mag derselbe nun in einem Abscess oder in einem Kothstein oder in einem Geschwür, einer Abknickung des Wurmfortsatzes, einer Verwachsung desselben oder ähnlichem bestehen. Alle diese Momente können jedenfalls Anlass zu einem Recidiv geben und so ist es nach Krecke's Ansicht richtig, auch noch nach Verschwinden der Perityphlitissymptome den appendix aufzusuchen und zu exstirpiren.“ (Schmidt's Jahrbücher der Medicin 1891.)

Nach Graser „kommt ausser der Laparotomie, um die Eiterung zu beseitigen, bei der Operation der Gesichtspunkt der radicalen Heilung durch Resection des Darmappendix in Frage. Wie frühzeitiges Vorgehen in den ersten Tagen, in geübten Händen gefahrlos, das Leiden abkürzen soll, wird die Resection nach dem Vorgang von Treves und Senn andererseits dem Rückfall vorbeugen. Verfasser hält selbst seine Forderung für kühn, hofft aber auf Anerkennung und, zumal wenn durch sehr frühzeitige Diagnose kein Zweifel über das Leiden besteht, auf Erfolg.“ (Schmidt's Jahrbücher der Medicin 1892.)

1) Deutsche med. Wochenschrift Nr. 5. 1893.

Nach Treves „sollte die Abscesshöhle möglichst vorsichtig ausgespült werden, um die Trennung von Adhäsionen zu vermeiden, der processus vermiformis entfernt werden, wenn dies noch in gesundem, nicht aber, wenn dies nur in krankem Gewebe geschehen könnte, oder wenn er sehr verwachsen wäre. (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891.)

Nach Dr. G. Roux „besteht bei der eitrigen Perityphlitis die einzige chirurgische Indikation in der möglichst raschen Entleerung des Eiters, um einen Durchbruch desselben nach der Peritonealhöhle zu verhindern. Hat dieser schon stattgefunden, so kommt es darauf an, seine Folgen möglichst unschädlich machen. Ob man hierbei zur Resection des Wurmfortsatzes schreiten soll, hängt in erster Linie von dem Zustande des Kranken ab. Dagegen ist die Resection indicirt in dem freien Intervall zwischen den Anfällen, da jeder weitere Anfall tötlich enden kann." (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891.)

Nach Dr. v. Mandach jun. „muss man sich vor Zerrungen der Abscesswandungen wegen des Durchbruchs in die Bauchhöhle hüten. Man begnüge sich mit dem Auffinden des Kothsteines und einer Heilung per secundam intentionem." (Schmidt's Jahrbücher der Medizin. 1891.) —

In einem Vortrage, gehalten im ärztlichen Verein zu Hamburg, behandelt Dr. Schede die Frage, ob man nach Eröffnung des perityphlitischen Abscesses den processus vermiformis abtragen soll oder nicht und meint: „dass das an sich rationell sein würde, ist gewiss, aber ebenso gewiss, dass es meist schwer, fast immer sehr gefährlich und häufig geradezu unmöglich sein wird. Ich glaube, dass man angesichts des acuten Eiterungsprocesses und der Infectionsgefahr nichts thun sollte, was die Festigkeit der peritonealen Verklebungen auf eine

zu harte Probe stellen würde. Die Erfahrung lehrt auch, dass bei weiter Eröffnung und sorgfältiger Tamponade des Abscesses mit Jodoformgaze die Ausheilung die Regel bildet, und dass Recidive selten sind. Kommen sie dennoch, nun, so rechtfertigt die besondere Schwere des Falles einen zweiten Eingriff. Aber ich kann es nicht für richtig halten, diesen, wie ich glaube relativ seltenen Ausnahmefällen zu Liebe alle anderen den Gefahren auszusetzen, die mit der Aufsuchung des processus vermiformis unter solchen Umständen meist verbunden sein müssen.

In dem freien Intervall nach schwereren, mit Exsudatbildung einhergehenden Perityphlitiden ohne weitere Complicationen haben wir dreimal operirt, jedesmal mit gutem Erfolg. Einmal waren zwei Anfälle voraufgegangen, die beiden anderen male wurde bereits nach dem ersten, sehr schweren Anfall eingegriffen. Ich glaube, dass beide male der Befund wie der Erfolg unser Vorgehen rechtfertigten.“ (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 23. 1892.)

Der eine der drei Fälle ist folgender:

Wilhelm Petersen, 12 Jahre alt, aufgenommen den 1. Dezember 1891, geheilt entlassen den 21. Februar 1892. Patient erkrankte am 26. November plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Bauchseite und heftigem, zum Teil fäculentem Erbrechen. Auf die innere Abteilung des allgemeinen Krankenhauses aufgenommen, wurde bei ihm in der Ileocöcalgegend ein Exsudat constatirt, die Diagnose auf Perityphlitis gestellt und eine Opiumbehandlung eingeleitet. Als sich bei hohem Fieber ein beträchtliches Oedem der Bauchdecken entwickelte, wurde er am 7. December behufs Operation auf die chirurgische Abteilung verlegt. Am 8. Dezember Stuhlgang, danach Abfall von Schmerzen und Fieber. Das Oedem lässt nach. Bei normaler Körpertemperatur Besserung

des Befindens, Nachlass der Schmerzen und des Oedems bis zum 12. Januar Aber immer noch etwas Druckschmerz, Oedem der Bauchdecken und vermehrte Resistenz in der Cöcalgegend. Daher am 12. Januar Operation. Schnitt parallel dem Ligamentum Poupartii, etwa 4 ctm. von ihm entfernt und so weit in gleicher Richtung hinaufgeführt, dass die Verbindungslinie zwischen Nabel und spina anterior superior ihn in der Mitte schneidet. Es finden sich zunächst ziemlich beträchtliche Verwachsungen zwischen Coecum, Dünndarmschlingen und Bauchwand, nach deren Lösung es gelingt, den processus vermiformis freizulegen, welcher stark verdickt und mit seiner Spitze auf das Coecum zurückgeschlagen ist. Hier ein Heerd eingedickten, orangegelben Exsudates, welches sorgfältig entfernt und dessen Lager mit Sublimat und danach mit Jodoformpulver intensiv ausgerieben wird. Beim Abtrennen des processus vermiformis zeigt sich, dass er an der Spitze perforirt und in das Coecum durchgebrochen ist. Er wird nun ganz entfernt und das Coecum entsprechend seiner Basis sowohl als der Perforationsstelle sorgfältigst genäht. Naht der Bauchwunde. Glattester Verlauf. Entlassung am 21. Februar im vollstem, seitdem nicht getrübtem Wohlsein. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 23. 1892.)

Diesem Falle mit der späten Operation und der langen Krankheitsdauer möchte ich einen anderen Fall gegenüberstellen aus der Erlanger Klinik, welcher sich durch eine wesentlich kürzere Krankheitsdauer auszeichnet: es handelt sich um eine Frühoperation mit Abtragung des processus vermiformis.

Schricker, Julius, 18 Jahre alt, Weber. Patient erkrankte am 25. Juli 1890 mit heftigen Leibschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen, starkem Fieber und grosser Mattigkeit. Am folgenden Tage liessen die Beschwerden etwas nach, und hatte Patient keinen Appetit und

sehr starken Durst. In der Nacht vom 27. auf 28. VII. plötzlich beträchtliche Steigerung der Schmerzen und abermaliges Erbrechen. Erst am 29. wird die Hilfe der medicinischen Poliklinik in Anspruch genommen und Patient sofort der chirurgischen Klinik überwiesen. 28. III. Schon bei der Besichtigung findet man in der rechten Darmbeingrube eine auffallende Prominenz, welche sich bei der Palpation als ein scharf abgegrenzter, drei Finger breit nach einwärts von der Spina reichender, im ganzen etwa faustgrosser Tumor von gleichmässig fester Consistenz erweist. Auf Druck schmerzhaft, undeutliche Dämpfung, leichtes Oedem der Bauchdecken. Abdomen etwas aufgetrieben, überall etwas empfindlich. Probepunktion etwas oberhalb der Spina ergiebt Eiter. Incision. Unterhautfettgewebe ödematös. Bei vorsichtigem Weiterpräpariren bemerkt man zunächst einen üblen Geruch, dann dringt aus einer feinen Oeffnung etwas Eiter hervor. Nach Dilatation der Oeffnung entleert sich eine sehr reichliche Menge, etwa 300 ccm. sehr übelriechenden, dünnen Eiters. Ohne weiteres Suchen gelangt man sofort auf den in der Eiterhöhle liegenden Wurmfortsatz, an dessen concaver Innenseite sich eine erbsengrosse Perforationsstelle findet und dicht dabei ein kleiner Kothstein. Die innere Wand der Abscesshöhle wird von festverlöteten Darmschlingen gebildet, welche gegen die Bauchhöhle hin einen guten Abschluss bilden. Der Wurmfortsatz wird abgebunden und durch einige Serosanähte gedeckt, die Abscesshöhle ausgespült und mit Jodoformtampon ausgestopft. Am 30. VII Verbandwechsel, der Tampon haftet an den meisten Stellen ziemlich fest, nur in dem unteren Teil noch eine geringe Eiterung. Beim nächsten Verbandwechsel am 3. VIII. Wunde ganz trocken, zeigt schon gute Granulationen.

15. VIII. Nach Anfrischung der bereits sehr verkleinerten Wundhöhle secundäre Naht, welche aber, da

geringe Eiterung eintritt, nochmals geöffnet werden muss.

1. IX. Patient geheilt entlassen. —

Wenn ich nun noch einmal auf die drei Hauptformen, in denen die Perityphlitis uns entgegentritt, zurückkomme, so ist zunächst klar, dass bei den acuten Perforationen des processus vermiformis mit darauf folgender allgegemeiner Peritonitis, eine Abtragung des processus vermiformis gewiss indicirt ist, denn durch die Abtragung desselben verhindern wir ja den weiteren Austritt von Darminhalt in die Peritonäalhöhle. Ebenso sicher angezeigt ist die Resection des Wurmfortsatzes bei der chronisch recidivirenden Form der Perityphlitis. Die häufigen Anfälle rauben ja den mit dieser Form behafteten Menschen jeden Lebensgenuss, denn jeder Diätfehler jede körperliche Anstrengung kann einen neuen Anfall herbeiführen. Besonders gefährdet sind die Leute der arbeitenden Klassen, welche schwer verdauliche Kost geniessen, schwere körperliche Arbeit verrichten müssen und sich nicht monatelang nach einem Perityphlitis-Anfalle pflegen können. Wie ein Damoklesschwert schwebt über diesen Menschen die Gefahr eines neuen Anfalls, welcher ihnen Gesundheit und Leben rauben kann. Denn selbst wenn die Anfälle anfangs leichter sind und nur in einer durch catarrhalische Schwellung bedingten Verstopfung des processus vermiformis bestehen, so können doch häufig sich wiederholende Anfälle zu immer schwereren Prozessen führen. Es kann zur Perforation kommen, welche, wenn sie nicht sogleich zu allgemeiner Peritonitis führt, so doch einen Abscess zur Folge hat. Auch dieser kann ja, falls er nicht zu gross ist, noch resorbirt werden, die Perforationsöffnungen können sich schliessen, brechen aber nur zu oft bei der geringsten Schädlichkeit wieder auf und Kümmell hat ganz Recht, wenn er sagt: „Ich möchte diese

Neigung des einmal perforirten Wurmfortsatzes zu Recidiven mit einer eiterigen Salpingitis vergleichen, welche aus ihrem abdominalen Ostium von Zeit zu Zeit Tropfen von Eiter austreten lässt, die jedes Mal eine mehr oder weniger ausgedehnte Perimetritis hervorrufen. Nach Entfernung der erkrankten Tube, nach glücklich ausgeführter Salpingotomie hört die recidivirende Perimetritis auf und es tritt definitive Heilung ein. In derselben Weise werden wir durch Entfernung der die primäre und recidivirende Perityphlitis veranlassenden Ursache die dauernden Gefahren beseitigen und definitive Heilung durch Resection des krankhaft veränderten processus vermiformis erzielen.“ [1])

Was endlich die perityphlitischen Abscesse anbetrifft, so sind dieselben vor allen Dingen möglichst frühzeitig und zwar recht breit zu eröffnen. Die Furcht vor der Eröffnung der Bauchhöhle ist ja jetzt glücklicherweise verschwunden, denn „die alte Ansicht, dass jede Verletzung des Peritonäum an sich eine grosse Gefahr herbeiführe und dass man deshalb grössere Operationen innerhalb des Peritonäum auszuführen nicht wagen könne, ist seit Einführung der Antiseptik vollkommen überwunden. Wir wissen jetzt, dass die Eröffnung der Peritonäalhöhle an sich gar keine Gefahr bedingt, sondern dass eine solche nach Eröffnung der Bauchhöhle nur entsteht in Folge einer Infektion des Bauchfelles durch Krankheitserreger, gegen welche das Peritonäum allerdings sehr empfindlich ist. Schliessen wir durch minutiöse Antiseptik das Eindringen von Krankheitserregern aus, so verlaufen auch die grössten Operationen innerhalb der Bauchhöhle ohne alle Störung. Ja es hat

---

1) Zur Radicalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des proc. vermiform. Archiv f. klin. Chirurgie 1840.

sich gezeigt, dass an keinem Theile des Körpers die Heilungsbedingungen so günstige sind wie innerhalb der Peritonäalhöhle.“ [1])

Wenn wir also den Abscess breit eröffnet haben, lassen wir den Eiter ab und suchen nun nach dem processus vermiformis; finden wir ihn, dann wird er ohne weiteres abgetragen und der Stumpf in exacter Weise vernäht, denn damit beseitigen wir die Ursache des Leidens und sichern uns vollkommen gegen ein Recidiv. Finden wir dagegen, dass der Wurmfortsatz schon durch feste Verwachsungen und derbe Schwarten überdeckt und ein Herausholen desselben nicht mehr möglich ist, nun so haben wir damit eine gewisse Garantie dafür, dass eine neue Perforation mit Austritt von Darminhalt nicht so leicht stattfindet, dass wir ein Recidiv nicht so sehr zu fürchten haben. Begnügen wir uns aber damit, den Eiter abzulassen, ohne uns nach dem processus vermiformis umzusehen, so ist die Operation eine durchaus unvollständige zu nennen.

Ich schliesse mich den Ansichten Kümmell's und Sonnenburg's an und sage mit ihnen:

Es muss unter allen Umständen nach dem processus vermiformis gesucht werden.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Professor Dr. von Heineke für die gütige Ueberlassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

1) Compendium der chirurgischen Operations- und Verbandlehre mit Berücksichtigung der Orthopädie von Dr. W. von Heineke.